

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 379

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Martial PLAS

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
45, rue Racine, 45

1922

176

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Martial PLAS

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE

Président : M. BRINDEAU, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTETTER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Auxquels je dois tout, je dédie
ce modeste travail, faible témoi-
gnage de fervente affection et
d'infinie gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

*Qui nous a fait l'honneur de
bien vouloir accepter la prési-
dence de notre jury.*

*Nous le prions d'agréer avec
tous nos remerciements l'hom-
mage de notre profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND

*Qui nous a accueilli avec bien-
veillance, a inspiré notre sujet et
guidé de ses conseils. Nous le
prions de croire à notre très res-
pectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE LIMOGES

MONSIEUR LE DOCTEUR DONNET
MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND
MONSIEUR LE DOCTEUR PÉRIGORD

DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU
MONSIEUR LE DOCTEUR BÉRGÉ

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE
DE MES AMIS
ET DE MES CAMARADES D'ÉTUDES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

MEIS ET AMICIS

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La gravité du pronostic de l'hémorragie rétro-placentaire a de tout temps attiré l'attention des accoucheurs et leurs recherches furent surtout inspirées par la nécessité d'un traitement efficace. A mesure que se sont transformées et précisées les notions étiologiques, le traitement chirurgical a pris une importance de plus en plus grande à côté du traitement primitif purement obstétrical.

Le traitement chirurgical apparaît comme la conclusion nécessaire des recherches anatomo-pathologiques les plus récentes.

Déjà Blot, en 1849, avait signalé la fréquence de l'albumine, Weatherly (1878) et Chantreuil (1881) l'association fréquente avec la néphrite; Winther, Pinard et Varnier (1882) avaient présenté des pièces des plus démonstratives.

Weiss (1889), Schickelé, Biancardi, Faure et Seitz constatent une infiltration leucocytaire déciduale et musculaire d'ailleurs inconstante.

Bar, en 1906, communique à la Société d'Obstétrique l'observation d'une femme morte d'hémorragie rétro-placentaire et décrit la similitude des lésions hépatiques avec celles qu'on trouve chez les éclamptiques.

Brindeau (1907) signale les modifications de l'épithélium des villosités semblables à celles du placenta éclamptique.

Les lésions hémorragiques intra-musculaires et sous-péritonéales déjà indiquées par Desmond, en 1857, et Weiss (1894) sont étudiées par Bar, Le Lorier, Brindeau et Couvelaire qui les décrit en 1911 sous le nom « d'apoplexie utéro-placentaire ».

Gheorghiu dans sa thèse de Paris 1914 attribue à l'hypertension la production des lésions anatomiques, rôle déjà indiqué par Wallich en 1912.

C'est cette double notion, hémorragie survenant chez des femmes atteintes d'auto-intoxication gravidique et par conséquent prédisposées à l'infection, présence de lésions utérines parfois définitives qui a fait reconnaître aux accoucheurs la nécessité d'un traitement de plus en plus chirurgical.

Les interventions par voie haute sont les premières en date.

Ecklington (1844) eut le premier l'idée de pratiquer l'hystérotomie. A la suite d'une erreur d'interprétation, il extrait par césarienne un enfant mort chez une femme agonisante.

Storer en 1892 rapporte un cas de Porro fait par Bajot de Dublin avec succès.

Koffer (1893) pratique également la même opération avec succès pour une hémorragie atonique *post partum*.

Meyer (1893) après avoir eu l'idée que l'opération césarienne était indiquée se contente de pratiquer une basiotripsie bientôt suivie de la mort de la femme.

Pinard en 1898 dans une leçon à Bandelocque pose les indications du traitement chirurgical. « En présence d'un cas d'hémorragie rétro-placentaire grave, sûr de mon diagnostic, j'irais directement par la laparotomie atteindre le foyer hémorragique inaccessible par les voies naturelles. Je viderais rapidement l'utérus de son contenu, et ensuite je le traiterais suivant l'état de l'opérée soit par l'amputation supra-vaginale, soit par l'hystérectomie abdominale totale. »

Kouwer (1898) pratiquant la césarienne abdominale conservatrice remarque une déchirure incomplète de l'utérus et la suture. La malade meurt d'hémorragie secondaire.

Bar, Ribemont-Dessaignes, Lobenstine et Harrar (1907), Platonoff, Lequeux (1910) ont recours à la césarienne classique tandis que Pulvirenti, Targett (1911), Savage et Couvelaire la font suivre de l'opération de Porro ou de l'hystérectomie supra-vaginale.

Essen Möller, au Congrès de Londres 1913 produit 4 césariennes classiques, 4 succès.

Oldfield et Hair, Williams, Fletcher Schawen 1917 ont aussi recours à la voie haute et Harrar en 1918

dans sa statistique de 254 cas d'hémorragie rétro-placentaire sur 100.000 accouchements au Lying Hosp. de New-York signale 7 césariennes abdominales avec 7 succès.

L'hystérotomie par voie vaginale a été surtout employée en Allemagne sous l'influence des idées de Dührsenn. Rühl (1901) Everke, Germann, Herz (1907), Doderlein (1908) utilisent cette technique bientôt suivis par Skrobansky en Russie, Brandt en Suède.

Pestalozza, au Congrès de Rome 1902 signale un cas traité par la méthode de Dührsen légèrement modifiée.

En France, Fabre, de Lyon se déclare partisan de la voie basse et Rivoal rapporte dans sa thèse les 3 observations où ce mode d'intervention fut employé.

Essen Möller y eut recours et plus récemment, Harrardans sa statistique de 1918 cite 5 césariennes vaginales avec 4 succès.

A l'heure actuelle, le traitement de l'hémorragie rétroplacentaire se résume donc dans les deux modes suivants :

1° L'intervention par voie basse ; césarienne vaginale suivant la méthode de Dührsen ;

2° L'intervention par voie haute qui emprunte les trois techniques suivantes :

a) La césarienne classique.

b) La césarienne suivie d'hystérectomie.

c) L'hystérectomie d'emblée.

Quelle va être notre contribution ?

Nous nous proposons de rechercher les indications cliniques qui ont pu faire préférer aux accoucheurs telle ou telle méthode. De cette étude et de celle de 2 cas inédits que nous versions dans le début nous chercherons à définir les considérations qui doivent guider dans le choix de la technique à suivre quand l'intervention chirurgicale est indiquée.

CHAPITRE PREMIER

L'INTERVENTION PAR VOIE BASSE LA CÉSARIENNE VAGINALE

Nous avons recueilli 18 cas où la césarienne vaginale a été employée.

Neuf de ces observations ont été citées par Lévy dans sa thèse de Paris 1911.

Ce sont les interventions :

1° De Rhùl en 1901 à la suite de l'échec de la dilatation par ballon ;

2° D'Everke dans un cas d'hémorragie grave avec signes d'anémie profonde ;

3° De Pestalozza (1902) après tamponnement sur un col non dilaté ;

4° De Riddle Goffe après rupture des membranes ;

5° De Fabre rapportée dans la thèse de Gaston, Lyon 1906, après échec de la dilatation par ballon, de la dilatation manuelle et des incisions multiples ;

6° De Germann, dans sa thèse d'Iéna, 1907.

7° De Herz en 1907 pour une hémorragie abondante ;

8° De Döderlein (1908).

9° De Skrobansky en 1910 dans un cas d'anémie profonde après échec du tamponnement.

Ces 9 interventions furent toutes suivies de succès.

Les 9 autres observations sont dues 1 à Essen Möller, 1 à Lönnberg, 2 à Fabre, les 5 autres à Harrar.

Essen Möller pratique la césarienne vaginale chez une femme éclamptique avec hémorragie externe abondante. La femme meurt.

Lönnberg fait sans succès la même intervention.

Les 2 césariennes de Fabre relatées par Rivoal dans sa thèse de Lyon 1919 se chiffrent par 1 guérison et 1 mort.

Harrar enfin dans sa statistique de 1918 apporte 5 césariennes vaginales avec 4 succès.

En résumé sur 18 cas d'hémorragie rétroplacentaire traitée par la césarienne vaginale, il y eut 4 insuccès soit une mortalité de 22,2 p. 100.

La technique employée fut la méthode de Dührsen ou l'hystéro-cervicotomie utilisée par Pestalozza et qui est une modification légère du procédé de Dührsen.

Quelles étaient les indications cliniques qui ont guidé l'accoucheur dans le choix de cette méthode ?

L'influence de la *parité* n'est pas nette quoi qu'on note un nombre plus grand de multipares.

Sur 7 observations où *l'âge de la grossesse* est indiquée, on trouve 4 femmes enceintes de six mois à six mois et demi, les autres de huit à neuf mois.

L'albumine est fréquente, mais non constante, tantôt légère, tantôt massive. On note une femme ayant présenté des convulsions éclamptiques, ce qui constitue une aggravation.

La *tension artérielle* n'est pas indiquée.

L'*hémorragie* est en général abondante, le plus souvent mixte, parfois uniquement interne. Elle s'accompagne presque toujours de *symptômes généraux* alarmants, d'anémie grave allant jusqu'à la syncope. En même temps le *pouls* augmente de fréquence jusqu'à 120-140. Dans les cas où cette indication est fournie, on note cependant deux observations où le pouls se maintint aux environs de 80.

L'*état du col* au moment de l'intervention se trouve mentionné dans 7 observations.

1° Cas de Ruhl : Pas de dilatation de l'orifice malgré la pose d'un ballon ;

2° Cas de Riddle Goffe : Rupture des membranes. Dilatation comme 1 franc. Col indilatable ;

3° Cas de Fabre in th. Gaston : Col étroit et dur malgré tamponnement, deux ruptures de membranes, incisions multiples ;

4° Cas de Germann : Col long dilaté ;

5° Cas de Döderlein : Col admettant un doigt ;

6° Cas de Fabre in th. Rivoal : Col à 1 franc ;

7° Cas de Fabre et Rhenter in th. Rivoal : Col fermé, rigide, dilatation bimanuelle impossible.

Il est permis de conclure que cet état de rigidité du col, sa résistance à la dilatation qui se rencontre dans tous les cas où fut pratiquée la césarienne vaginale constitue l'indication essentielle qui a motivé l'intervention chirurgicale. Le plus souvent, elle fut rendue nécessaire par l'échec des procédés habi-

tuels de dilatation : tamponnement, ballon, dilatation manuelle, incisions multiples.

Les indications cliniques qui ont guidé l'accoucheur dans le choix de la césarienne vaginale se résument donc dans l'état du col, non perméable, non dilatable à cause de sa rigidité spéciale, joint à des symptômes généraux d'anémie grave indiquant la persistance de l'hémorragie, le plus souvent après échec des procédés de dilatation forcée du col.

CHAPITRE II

L'INTERVENTION PAR VOIE HAUTE PREMIER MODE : LA CÉSARENNE CLASSIQUE

Nous avons relevé 19 observations où l'accoucheur intervint par voie haute et se contente de pratiquer la césarienné classique.

Sept de ces cas, les plus anciens, ont déjà été cités dans la thèse de Levy. Ils se résument ainsi :

1^{er} Intervention d'Ecklington sur une femme agonisante en 1844 ;

2^e Intervention de Kouwer en 1898, au cours de laquelle il constate une déchirure incomplète externe de l'utérus et se contente de suturer. La femme meurt d'hémorragie secondaire.

3^e Intervention de Bar (1906) chez une femme saignée à blanc, après échec de la dilatation par ballon. La femme meurt et à l'autopsie on trouve une néphrite et des lésions hépatiques semblables à celles des éclamptiques.

4^e Intervention de Ribemont-Dessaignes avec succès ;

5^e Intervention de Lobenstine (1907) suivie de guérison ;

6^e Opération pratiquée par Platonoff au début du

travail dès l'apparition de l'hémorragie à cause d'une dystocie pelvienne ;

7^e Intervention de Lequeux (1910) avec succès.

Les douze observations plus récentes sont empruntées :

Une à Couvelaire, intervention pratiquée sans succès en 1912 chez une femme dans un état très grave.

Quatre à Essen Möller et rapportées par lui au Congrès de Londres, 1913. Ces quatre interventions furent suivies de guérison malgré la présence d'hémorragie de la paroi utérine dans les quatre cas.

Enfin Harrar dans sa statistique de 1918 rapporte sept césariennes abdominales pratiquées au Lying Hospital de New-York sans aucun décès.

Au total sur dix-neuf observations où on procéda à la césarienne classique, on n'eut à déplorer que quatre morts, soit une mortalité de 21 0/0. Les résultats de ces dernières années, tel que ceux fournis par les statistiques de Essen Möller et d'Harrar permettent d'espérer une diminution encore notable de la mortalité déjà moins élevée que celle de la césarienne vaginale.

Recherchons comme nous l'avons fait à propos de la césarienne vaginale les indications cliniques qui ont pu décider l'accoucheur à effectuer l'opération césarienne.

Les *primipares* sont un peu moins nombreuses que les *multipares*.

L'hémorragie rétro-placentaire se produit dans les

trois derniers mois avec une fréquence à peu près égale dans chacun de ces mois.

L'*albuminurie* est variable dans son intensité et manque quelquefois.

Nous n'avons pas de renseignement sur la *tension artérielle*.

L'*hémorragie* est abondante, occulte ou externe. Elle s'accompagne, le plus souvent de symptômes généraux qui traduisent l'anémie profonde de la femme (état syncopal, faiblesse, pâleur de la face, décoloration des muqueuses). Le *pouls* augmente de fréquence, devient imperceptible mais peut quelquefois se maintenir aux environs de la normale.

Sept observations nous apportent des renseignements sur *l'état du col*. Ce sont celles :

1° D'Ecklington où le col légèrement dilaté admettait deux doigts et parvint à atteindre une dilatation de 5 francs au moment de l'intervention ;

2° De Kouwer où l'orifice interne admettait un doigt ;

3° De Bar et Kervilly. Col non effacé, résistant, situé en arrière malgré un essai de dilatation par le ballon de Champetier de Ribes ;

4° De Ribemont-Dessaignes. L'orifice interne du col présentant la dimension d'une pièce de 2 francs est circonscrit par un rebord « dont la dureté et la rigidité ne sauraient être comparées qu'à celles d'un anneau de fer » ;

5° De Platonoff. Le col était à peine entr'ouvert, laissant tout au plus passer un doigt ;

6° De Lequeux. Col effacé alors que depuis douze heures la femme a des contractions douloureuses. Col dur, peu extensible ;

7° De Couvelaire, 1912. La dilatation admettait deux doigts au moment de l'intervention.

L'indication clinique constante est donc encore ici l'état de rigidité du col qui ne permet pas d'espérer une dilatation rapide par les procédés obstétricaux habituels.

Nous concluerons donc que la césarienne abdominale est indiquée dans les cas de col non dilaté, dur, s'accompagnant de phénomènes généraux graves dus à l'abondance et à la persistance de l'hémorragie.

CHAPITRE III

L'INTERVENTION PAR VOIE HAUTE.

DEUXIÈME MODE :

LA CÉSARIENNE SUIVIE D'HYSTÉRECTOMIE

Nous avons pu recueillir dans la littérature, en plus du cas inédit de M. Lemeland dont nous donnerons le détail plus loin, 16 observations où l'accoucheur compléta la césarienne classique par l'hystérectomie.

Bajot, en 1892, pratique une opération de Porro avec succès chez une femme presque exsangue.

Pulvirenti fait l'hystérectomie supra-vaginale après échec de la dilatation par ballon. La femme meurt une demi-heure après l'opération.

Ribemont-Dessaignes pratique une opération de Porro relatée par Duquet dans sa thèse de Paris 1909. La femme meurt.

Targett après avoir fait une version et attiré un pied ne peut terminer l'extraction. Il a recours à l'hystérectomie supra-vaginale. Succès.

Savage pratique une opération de Porro chez une femme saignée à blanc. La femme meurt.

Couvelaire fait avec succès une opération de Porro chez une primipare albuminurique et azotémique

présentant des lésions caractéristiques d'apoplexie utéro-placentaire.

Les 6 observations précédentes sont rapportées dans la thèse de Lévy.

Whitridge Williams (1916) dans 2 cas d'apoplexie utéro-placentaire enlève avec succès l'utérus. Il laisse en place les annexes d'un côté qui ne présentaient aucune infiltration sanguine.

Fletcher Schaw (1917), apporte 6 observations d'hystérectomie avec 3 morts.

Oldfield et Hair pratiquent avec succès une hystérectomie supra-vaginale.

Cleisz en 1921 fait suivre l'opération césarienne de l'hystérectomie chez une femme ayant présenté un syndrome hémorragique (apoplexie utéro-placentaire et hématémèses). La femme meurt.

Lemeland en 1921 pratique une hystérectomie subtotale dans un cas d'apoplexie utéro-placentaire chez une femme qui conserva jusqu'au bout des symptômes généraux sans gravité.

Au total sur 8 cas de césarienne suivie d'hystérectomie il y eut 7 morts, soit une mortalité de 41,10/0.

La technique suivie fut quatre fois l'opération de Porro, et dans tous les autres cas l'hystérectomie supra-vaginale.

Nous allons rechercher quelles étaient les indications cliniques?

Nous savons que dans tous les cas, l'ablation de l'utérus fut précédée de l'incision césarienne. Les indications cliniques comprendront donc d'abord

celles de la césarienne abdominale et ensuite des indications nouvelles, surajoutées, qui ont fait conclure à la nécessité de l'amputation utérine.

Nous ne reviendrons pas sur les indications qui ont poussé l'accoucheur à choisir la voie haute. Elles se résument dans l'état de rigidité du col et l'abondance de l'hémorragie révélée par la gravité des symptômes généraux. Nous les retrouvons encore ici dans nos observations avec la même constance et les autres notions cliniques (parité, âge de la grossesse, albuminurie, etc.), présentent toujours les mêmes caractères de variabilité.

Les indications surajoutées nous paraissent découler de l'état de l'utérus et de la crainte de l'infection à laquelle sont particulièrement exposées les femmes atteintes d'hémorragie rétroplacentaire.

Nous retrouvons l'état de l'utérus mentionné dans les observations suivantes :

Pulvirenti constate de nombreuses taches hémorragiques sous-séreuses.

Targett a recours à l'hystérectomie supra-vaginale parce que l'utérus continue à saigner.

Couvelaire en 1910 trouve « la face péritonéale violacée avec par place des zones noirâtres. Les annexes des deux côtés présentent un piqueté hémorragique très accentué. Les ligaments larges sont infiltrés de sang dans leur totalité ».

Whitridge Williams constate dans 2 cas les mêmes lésions internes d'apoplexie utéro-placentaire.

Cleisz note « sur la face antérieure en bas à gauche une région ecchymotique sur une étendue d'une bonne paume de main ; il existe de même une autre région de suffusion sanguine dans la partie basse et droite de la face postérieure ».

Enfin dans l'observation inédite de M. Lemeland, on procède tout d'abord à la césarienne classique.

« L'utérus se rétracte mal et saigne cependant peu. On fait 3 ou 4 points de suture de la section utérine, mais ayant constaté au toucher une extrême minceur de la paroi, on procède à un examen plus attentif des lésions. On constate alors qu'il existe une véritable apoplexie de la paroi utérine et qu'en plus le ligament large droit est thrombosé et infiltré de caillots. »

Ces lésions hémorragiques sont d'une intensité variable et Essen Möller qui les rencontra dans 4 cas se contenta de pratiquer la césarienne conservatrice avec succès, mais quand elles atteignent la gravité et l'étendue de celles que nous avons trouvées décrites dans les observations de Couvelaire et Lemeland, elles ne nous semblent guère susceptibles de régression.

Dans les cas où elles présentent une intensité moindre, elles font cependant courir à la femme un double danger extrêmement grave : *l'hémorragie secondaire* et *l'infection*.

L'hémorragie secondaire, complication assez fréquente peut, se produire quel que soit le mode d'in-

tervention employé. Nous avons relevé les observations suivantes :

1° Cas cité par Devraigne dans sa thèse : Hémorragie secondaire après dilatation manuelle et forceps. La femme meurt.

2° Cas de Balika : Hémorragie secondaire après la délivrance. La dilatation avait été obtenue par ballon. La femme guérit.

3° Cas cité par Rivoal dans sa thèse : Hémorragie secondaire non fatale après dilatation manuelle et cranioclasie.

4° Kouwer au cours d'une césarienne conservatrice constate une déchirure incomplète de l'utérus qu'il se contente de suturer. La femme meurt d'hémorragie secondaire.

Dans les observations suivantes, l'accoucheur eut recours à des procédés chirurgicaux pour arrêter l'hémorragie.

Koffer en 1898, pratique avec succès une opération de Porro pour une hémorragie secondaire post-partum, après échec de deux tamponnements successifs.

Chevaldycheff, en 1908, fait une hystérectomie vaginale pour une hémorragie survenue après la délivrance et qui résiste aux injections d'eau à 40°, à la compression, au tamponnement. La femme guérit.

Couinaud en 1921, pratique l'hystérectomie supra vaginale chez une femme qui présente le lendemain de l'accouchement en même temps des signes de rupture utérine et d'infection. La femme meurt.

Nous voyons donc qu'il y a un réel danger à conserver un utérus présentant des lésions étendues à cause de l'hémorragie secondaire toujours possible.

Une complication tout aussi redoutable est *l'infection* qui trouve dans ces cas un terrain des plus favorables.

Déjà d'une façon générale, les femmes atteintes d'hémorragie rétroplacentaire s'infectent facilement. Dans les cas où l'accouchement a lieu spontanément la mortalité par infection est beaucoup plus élevée que chez les femmes normales. Cela tient à ce que ces femmes sont des malades, atteintes d'auto-intoxication gravidique ainsi qu'il résulte des études anatomo-pathologiques les plus récentes.

Si nous ajoutons à cela l'hémorragie externe, et parfois les manœuvres laborieuses et souvent répétées par voie vaginale, on comprend que les chances d'infection augmentent encore. Elles atteignent leur maximum dans les cas avec lésions utérines graves, hémorragie abondante et état d'anémie profonde qui affaiblit la défense de l'organisme.

Il en résulte donc, que l'accoucheur doit donner toute son attention aux conditions qui permettent de redouter la possibilité de l'infection.

En résumé les indications cliniques de la césarienne suivie d'hystérectomie consistent dans l'état de rigidité du col s'accompagnant de symptômes généraux graves et dans les constatations de lésions utérines paraissant définitives ou faisant redouter l'infection ou une hémorragie secondaire.

CHAPITRE IV

L'INTERVENTION PAR VOIE HAUTE. TROISIÈME MODE: L'HYSTÉRECTOMIE SANS OUVERTURE PRÉALABLE DE L'UTÉRUS

Nous apportons ici une observation inédite due à l'obligeance de M. Lemeland.

Il ne nous semble pas que l'hystérectomie d'emblée ait été une opération fréquemment employée ; nous n'avons recueilli que deux autres cas : celui de Souligoux en 1904, celui de Brouha de Liège en 1920.

Souligoux, se basant sur l'hémorragie et l'élévation de la température, émet l'hypothèse qu'il s'agit d'un fibrome utérin en voie de mortification et se décide à pratiquer une laparotomie. Il trouve un utérus semblable à un utérus de femme enceinte, mais ne peut percevoir de parties fœtales. Il fait alors une hystérectomie abdominale subtotale et l'opération terminée, ouvre l'utérus qui contient un fœtus mort d'environ 5 mois. La femme guérit.

Brouha, en présence d'un cas d'apoplexie utéro-placentaire pratique l'hystérectomie d'emblée. La femme meurt.

Enfin M. Lemeland chez une femme dans un état désespéré, présentant une hémorragie externe d'une abondance extrême pense que la première indication

qui se pose dès l'ouverture de l'abdomen est de pincer les utérines. Il pratique l'hystérectomie supravaginale. La femme guérit.

L'utérus présentait des lésions d'apoplexie avec infiltration du ligament large et de l'annexe gauche. Nous avons procédé à un examen de la pièce dont nous rapporterons le détail plus loin à la suite de l'observation.

Le nombre restreint des cas que nous venons d'étudier ne nous permet pas de porter une appréciation au point de vue résultat sur la valeur de l'hystérectomie d'emblée. Toutefois il nous apparaît comme infiniment certain que dans le dernier cas, l'emploi de cette méthode sauva la femme, toute autre intervention entraînant une nouvelle perte de sang qui aurait été fatale.

Nous recherchons comme précédemment les indications cliniques.

Ce sont tout d'abord les mêmes que pour la césarienne suivie d'hystérectomie : lésions graves utérines faisant redouter l'infection ou une hémorragie secondaire. Mais dans ces cas les lésions utérines présentèrent une intensité remarquable puisque, dès l'ouverture de l'abdomen elles font juger l'amputation utérine nécessaire.

Les indications cliniques nouvelles nous paraissent se résumer dans la notion de *l'infection de la femme au moment de l'intervention et dans la constatation d'une hémorragie externe formidable qu'il faut arrêter au plus tôt.*

Dans l'observation de Souligoux, la femme avait eu des frissons répétés, la température se maintenait depuis plusieurs jours à 38 le matin et 39°5 le soir. Il apparaissait tout indiqué de pratiquer d'emblée l'hystérectomie plus tôt que de la faire après une incision césarienne, susceptible, quelles que soient les précautions prises de répandre une partie du contenu utérin déjà infecté dans le péritoine. On abrégait de plus la durée de l'intervention et par tant le choc opératoire.

L'abondance de l'hémorragie externe chez une femme déjà presque exsangue fut l'indication essentielle qui décida Lemeland à pratiquer l'hystérectomie sans ouverture préalable. Il fallait aller au plus vite et tout d'abord arrêter les sources de l'hémorragie.

En résumé, au cours de l'hémorragie rétro-placentaire, l'hystérectomie d'emblée trouve ses indications essentielles, chez les femmes à col dur et fermé et à symptômes généraux graves, dans la présence d'une hémorragie externe formidable ou dans l'infection déjà déclarée de la femme.

CHAPITRE V

RÉSUMÉ DES INDICATIONS CLINIQUES DES DIVERS MODES D'INTERVENTION.

Nous définirons tout d'abord les indications cliniques du traitement chirurgical.

Nous avons vu que quelque soit la méthode employée, l'accoucheur intervient à cause de l'état du col et de l'abondance de l'hémorragie.

Les autres renseignements fournis par la clinique sont en effet inconstants ou irréguliers. L'influence de la parité et de l'âge de la grossesse est négligeable. L'albuminurie est variable, quelquefois absente ; la notion de crises éclamptiformes constitue toutefois une aggravation.

La tension artérielle, rarement notée dans les observations est légèrement élevée souvent normale sans qu'on puisse établir un parallèle constant entre sa hauteur et la gravité des cas. Il faut d'ailleurs remarquer ainsi que l'a très justement signalé Wallich que les chiffres rapportés expriment « la tension dernière, la tension de l'hémorragique, la tension abaissée comme on l'abaisse momentanément d'une façon thérapeutique par la saignée chez l'éclamptique ». Il faudrait, antérieurement à ces accidents graves explorer l'état de la ten-

sion qui pourrait alors peut-être donner des indications utiles.

L'examen du col fournit des renseignements capitaux. On le trouve fermé, résistant, donnant la sensation de cuir imbibé de graisse. Chez les multipares l'orifice externe du col est parfois déhiscent et souple, mais l'orifice interne est en général dur « comme un anneau de fer ». La rigidité s'étend au segment inférieur qui présente une dureté ligneuse. Souvent la femme n'est pas en travail. Les procédés obstétricaux de dilatation forcée ne peuvent qu'échouer ou produire des désordres graves.

A ces indications fournies par l'examen du col s'ajoutent des signes d'hémorragie grave. Facilement constatable dans les cas où elle s'épanche au dehors, l'hémorragie se traduit dans les cas où elle est uniquement interne, par une augmentation de volume de l'utérus qui devient dur et ne permet plus la palpitation des parties fœtales. Les bruits du cœur ont depuis longtemps disparu.

Des symptômes généraux d'intensité variable traduisent l'abondance et la persistance de cette hémorragie. Ce sont des éblouissements, des vertiges, de la pâleur de la face, de la décoloration des muqueuses, parfois un état syncopal. Le pouls augmente de fréquence, devient imperceptible.

Mais il faut se rappeler que des hémorragies rétroplacentaires graves ont pu évoluer avec un état général persistant bon jusqu'à la fin et un pouls battant aux environs de la normale.

Nous concluons donc :

Au cours de l'hémorragie rétro-placentaire, le traitement chirurgical trouve son indication dans l'état du col, fermé ou rigide, et dans la gravité de l'hémorragie révélée par l'accélération du pouls et l'apparition de symptômes généraux d'intensité variable.

L'intervention chirurgicale étant décidée, la question qui se pose tout d'abord est le choix de la voie à suivre pour vider l'utérus.

La césarienne vaginale nous semble à rejeter sauf dans des cas bien déterminés que nous indiquerons tout à l'heure.

Elle est passible d'un reproche qui nous paraît capital : elle ne permet pas de vérifier l'état de l'utérus. Elle expose à laisser un utérus présentant des lésions d'apoplexie qui, si elles ne sont pas certainement définitives, font courir à la femme des risques considérables d'infection ou d'hémorragie secondaire.

Nous avons trouvé dans notre étude que les indications cliniques qui ont poussé l'accoucheur à pratiquer la césarienne vaginale sont les indications générales de l'intervention chirurgicale. Il nous semble qu'il y ait là un abus et que *la césarienne vaginale* *doive être réservée seulement aux cas, où la dilatation déjà avancée trainant en longueur, il est indiqué de hâter la fin de l'accouchement à cause de l'aggravation des symptômes généraux.*

Dans tous les autres cas on doit avoir recours à la

voie haute qui permet de voir l'état de l'utérus. Suivant les circonstances on procédera soit à la césarienne classique, qu'on fera suivre ou non de l'hystérectomie soit à l'hystérectomie d'emblée.

L'hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus sera réservée aux cas où il faut aller vite, où de l'arrêt immédiat de l'hémorragie externe dépend la vie de la femme et aux cas où la femme est déjà en état d'infection certaine.

En dehors de ces indications spéciales, on procédera d'abord à l'incision césarienne.

Dans quelles conditions jugera-t-on nécessaire l'amputation utérine ?

Une question intéressante serait de savoir comment évoluent les gestations ultérieures chez les femmes qui ont présenté une hémorragie rétro-placentaire grave.

Couvelaire, en 1911, cite 11 observations de multipares qui montrent que chez ces femmes les grossesses, surtout les grossesses antérieures sur lesquelles on possède le plus d'indications n'évoluent généralement pas d'une façon normale.

Récemment, à la séance du 9 juin 1920 de la Société d'Obstétrique de Lyon, Fabre et Rhenter, Trillat, Gonnet ont rapporté chacun l'observation de femmes qui eurent des accouchements normaux après une hémorragie rétro-placentaire grave.

De l'insuffisance des renseignements que nous avons pu recueillir, il résulte que nous ne pouvons tirer de conclusion ni dans le sens de l'opération

mutilante ni dans celui de l'opération conservatrice.

Les indications cliniques qui doivent influencer sur la décision de l'accoucheur se résument dans l'état de l'utérus et la notion de possibilité d'infection et d'hémorragie secondaire.

L'opération césarienne conservatrice sera réservée aux cas où les lésions utérines sont minimales, où l'utérus se contracte bien et où on n'a pas de raisons de redouter plus particulièrement l'infection. Elle convient donc aux femmes qui ne sont pas encore en travail, aux primipares à col fermé, à hémorragie récente, à état général bon et chez lesquelles les manœuvres du côté du vagin ont été réduites au minimum.

Dans tous les autres cas il faut compléter la césarienne par l'hystérectomie. Elle est donc indiquée chaque fois qu'on constate des lésions utérines étendues, que l'utérus ne se contracte pas et chaque fois qu'il y a lieu de redouter l'infection. Elle convient donc aux femmes en travail, aux multipares à col ouvert, à hémorragie prolongée, à état général mauvais ou chez lesquelles on a pratiqué des manœuvres obstétricales laborieuses.

Cette dernière technique, quoique semblant la plus radicale nous apparaît comme en réalité la plus conservatrice. Elle est, selon nous la méthode de choix, seule susceptible dans un grand nombre de cas de sauver la femme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. Lemeland.)

Multipare. — Albuminurique. — Apoplexie utéro-placentaire et hématome du ligament large. — Césarienne suivie d'hystérectomie.

M. G..., 34 ans, travaillant dans la vannerie, se présente à la Maternité de Saint-Louis le 21 septembre 1921 à 16 heures dans le septième mois de sa douzième grossesse.

Nous relevons dans ses antécédents une scarlatine à 19 ans. Ses 11 grossesses précédentes se terminèrent, la première par un accouchement prématuré à 8 mois d'une fille mort née et les 10 autres par des avortements de 5 à 6 mois.

Elle nous raconte que, dans la nuit du 20 au 21 septembre elle éprouva de petites douleurs abdominales intermittentes qui se répétèrent jusqu'au 21 septembre midi. A ce moment, elle ressentit une douleur un peu plus violente et elle eut l'impression que son ventre augmentait de volume. En même temps la douleur devint permanente.

A 16 heures. — On constate que l'utérus est tendu, dur ; le fond remonte à 33 centimètres au-dessus de la symphyse et son volume ne semble pas correspondre à l'âge de la grossesse. Il y a une très légère hémorragie externe. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Le faciès est légèrement pâle, les muqueuses non décolorées. Le poulx bat à 70 bien frappé. Température 37°2.

L'examen des urines décèle la présence d'albumine alors qu'une analyse antérieure le 20 septembre n'avait rien montré d'anormal.

A 17 heures. — Apparition de vomissements.

A 22 heures. — M. Lemeland appelé constate à son arrivée que la femme assez choquée présente cependant un pouls régulier à 108. Tension artérielle 17-13,5.

L'utérus remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. Sa consistance ligneuse ne permet aucune palpation.

Au toucher on trouve un col utérin complètement fermé, long, reporté vers la gauche. Le cul-de-sac droit est sensible.

On décide alors d'intervenir par la voie haute qui permet de se rendre compte de l'état de l'utérus.

Opération. — L'incision de la paroi est rendue difficile par suite d'une opération antérieure qui a laissé une cicatrice adhérent solidement par endroits à l'épiploon et à l'intestin. On fait le décollement progressif et méthodique des adhérences, puis on extériorise l'utérus qui présente une ecchymose nette du fond de la corne droite et de la face antérieure. On fait la section classique de l'utérus et on extrait un fœtus mort de 2.030 grammes en présentation du siège au détroit supérieur. Le placenta est décollé et on trouve derrière lui une masse énorme de caillots.

L'utérus se rétracte mal et saigne cependant peu. On fait trois ou quatre points de suture de la section utérine, mais ayant constaté au toucher une extrême minceur de la paroi, on procède à un examen plus attentif des lésions.

On constate alors qu'il existe une véritable apoplexie de la paroi utérine et qu'en plus le ligament large droit est thrombosé et infiltré de caillots.

On pratique alors l'hystérectomie subtotale par le procédé classique. Le moignon utérin est suturé en deux plans par quatre points séparés et un surjet d'enfouissement. Péritonisation après ligature des différents pédicules. On résèque l'épiploon et la cicatrice ancienne et on ferme la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Après l'intervention, injection de 500 grammes de sérum glucosé.

Les jours suivants la température reste normale et le pouls diminue progressivement de fréquence.

L'albumine de 4 grammes passe à 0 gr. 25 le cinquième jour.

La malade quitte la Maternité le 12 octobre guérie, avec une bonne cicatrice opératoire et sans éventration.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. Lemeland.)

Hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus chez une multipare atteinte d'hémorragie rétro-placentaire grave.

N. L..., 34 ans, couturière, est admise le 16 août 1921 à la Maternité de Boucicaut pour une hémorragie et de violentes douleurs utérines.

Elle est enceinte pour la quatrième fois et d'environ huit mois, ses dernières règles remontant au 25-30 novembre.

Pas d'antécédents pathologiques.

Sa première grossesse en 1914 et la seconde en 1916 se sont terminées par des accouchements spontanés à terme de garçons vivants, actuellement bien portants. Les suites de couches furent normales.

La troisième grossesse en 1919 se termina par une fausse couche de cinq mois environ. Les suites de couches furent normales.

La gestation actuelle a évolué sans incident jusqu'à ce jour. A noter que le père n'est pas le même que pour les trois grossesses précédentes.

Examen à l'arrivée. — A la palpation, l'utérus présente une dureté ligneuse et ne permet pas de sentir les parties fœtales. On constate qu'il augmente rapidement de volume. L'auscultation est négative.

Au toucher, le col est épais, dur, fermé. Il s'écoule une hémorragie externe, abondante.

Le facies est pâle, le pouls petit, filant, incomptable. T. = 37°8.

Les urines sont albumineuses.

L'état général de la femme va en s'aggravant ; les phénomènes de shock hémorragique s'accroissent : la femme vomit, a

des bourdonnements d'oreille, des troubles visuels et plusieurs syncopes. La respiration est accélérée.

On décide d'appeler d'urgence M. Lemeland qui après examen, en l'absence de tout début de travail, les parties molles étant très résistantes, décide l'intervention par voie haute, la voie basse exposant à une perte de sang trop considérable.

Intervention. — La femme est anesthésiée à l'éther.

L'utérus étant extériorisé, on pince et on sectionne très rapidement les pédicules vasculaires. On pratique ensuite l'hystérectomie sus-cervicale à la partie inférieure du segment inférieur, la femme étant en position déclive.

Le sang épanché dans le vagin reflue assez abondamment par l'ouverture du segment inférieur. On fait un rapide tamponnement et on ferme le col par quatre points de suture ; puis, par un surjet allant de la face postérieure à la face antérieure on enfouit la première suture.

On procède à la ligature des pédicules et à la péritonisation.

L'abdomen est éthérisé et la paroi refermée en trois plans.

Aussitôt l'opération terminée, on enlève la mèche vaginale.

Suites opératoires. — On fait successivement à la malade une injection de 1500 centimètres cubes de sérum glucosé adrénalisé intra-veineux, une piqûre de 1 centimètre cube de caféine et 5 centimètres cubes d'huile camphrée éthérisée toutes les trois heures.

Dans la journée, la malade reste extrêmement shockée. Le pouls est petit et incomptable. La peau et les muqueuses sont froides et décolorées. Sa respiration est dyspnéique.

Après une nouvelle injection de 1600 grammes de sérum glucosé intraveineux, on observe un mieux sensible. Le pouls est plus frappé, la respiration moins rapide. Les téguments se colorent légèrement.

La tension artérielle qui, avant l'opération, avait été de 5 maximum 0 minimum au Pachon remonte le lendemain matin à 16 maximum 9 minimum et se maintient à ce niveau matin et soir les jours suivants.

Le 17 août, on alimente la malade avec un peu de bouillon de légumes.

Le 23, on enlève les agrafes. La plaie opératoire est en très bon état.

La température est normale, le pouls aux environs de 100. La femme ressent des maux de tête persistants.

L'examen des urines décelant une légère trace d'albumine, on met la femme au régime déchloruré.

A la suite d'injections sous-cutanées une escarre se forme à la cuisse droite.

Le 27 août, on fait à la femme trois ampoules d'hémostyl.

Le 1^{er} septembre, brusquement la température monte à 39 le soir en même temps qu'apparaît un point de côté thoracique et quelques frissons. L'auscultation fait entendre quelques râles fins à droite.

Le 18 septembre, la femme fait une vomique très fétide de 100 grammes environ.

Les traces d'albumine persistent dans les urines.

L'escarre de la cuisse droite, pansée à l'hémostyl, est en voie de bourgeonnement.

Le 21 septembre, la femme est passée en médecine dans le service du Dr Besançon pour gangrène pulmonaire.

Revue trois mois après, elle était complètement guérie.

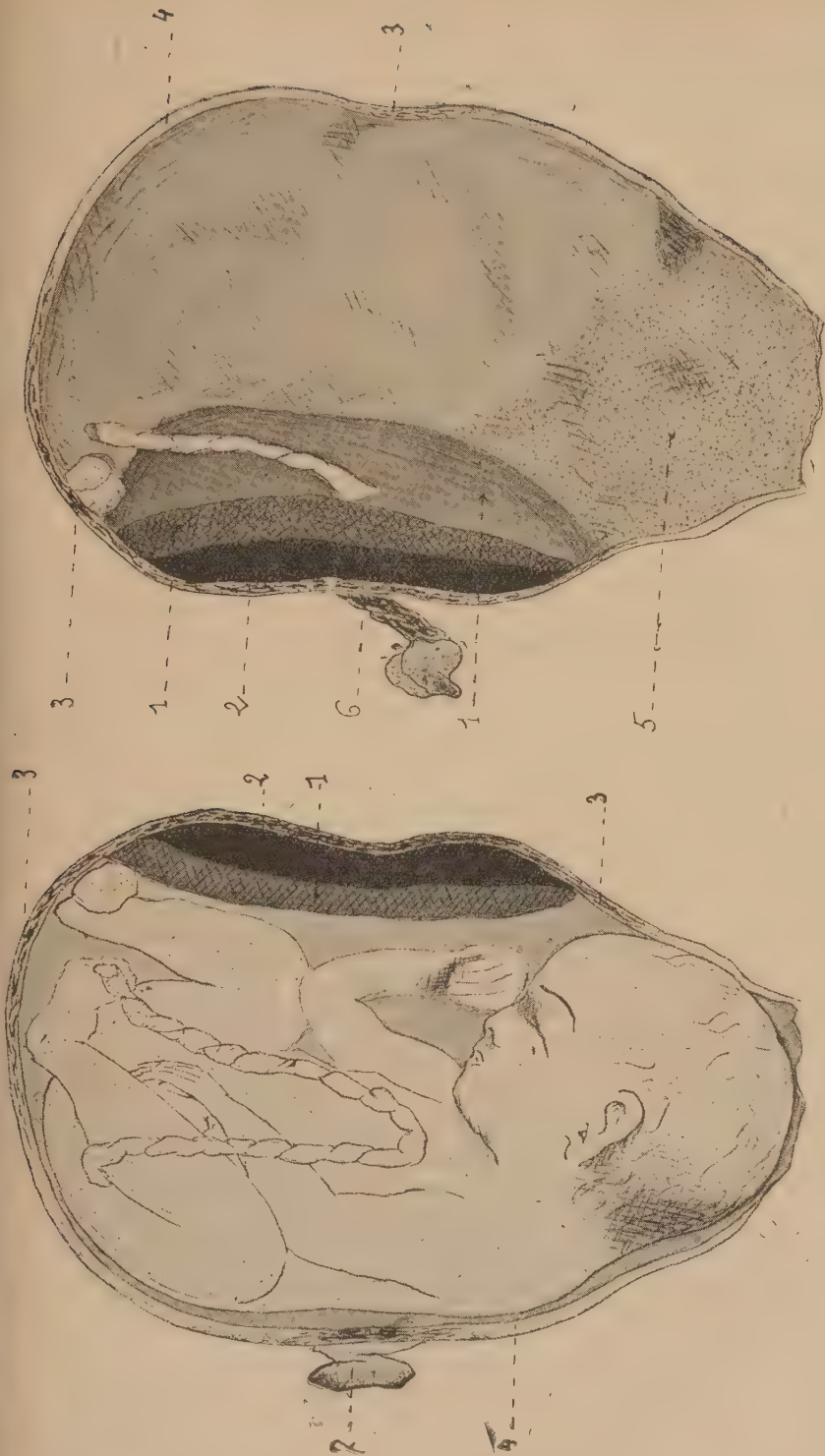
Examen de la pièce anatomique

L'utérus présente une large tache ecchymotique de couleur pourpre-bleuâtre qui s'étend transversalement à sa partie supérieure sur la paroi antéro-latérale gauche. L'infiltration s'étend au ligament large du côté gauche et l'annexe gauche présente la même teinte ecchymotique ; l'ovaire semble épargné.

Le reste de l'utérus paraît normal ; l'annexe droite est indemne.

Nous pratiquons l'ouverture de l'utérus dans le sens longitudinal par une incision latéro-latérale.

Le fœtus normal se présente en O. I. D. P. au détroit supérieur.



Légende. — Coupe verticale latéro-latérale

1. Placenta. — 2. Hématome rétro-placentaire. — 3. Paroi utérine infiltrée. — 4. Paroi utérine normale. — 5. Zone de décollement membraneux. — 6. Annexe gauche infiltrée. — 7. Annexe droite normale.

La coupe a intéressé le placenta qui se trouve sectionné en deux parts à peu près égales.

Le placenta est inséré dans la région antéro-latérale gauche de la partie supérieure de l'utérus là où sur la face externe les lésions atteignent leur maximum.

Il adhère encore par sa partie supérieure et est décollé sur tout le reste de son étendue. Les membranes sont largement décollées à la partie inférieure de l'utérus, ce qui a, permis au sang de s'écouler librement à l'extérieur mais sont encore adhérentes dans le fond de l'utérus.

Derrière le placenta, on trouve un gros hématome du volume d'une tête de fœtus.

Sur la coupe de la paroi utérine, on voit nettement les fibres musculaires dissociées par l'hémorragie. En dehors des régions non infiltrées la paroi apparaît macroscopiquement normale.

OBSERVATION III

(Couinaud, *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1921)

Hémorragie rétro-placentaire avec lésions du muscle utérin

Primipare de 22 ans, enceinte de huit mois environ, hospitalisée depuis quelques jours dans un asile et admise à la Pitié parce que la nuit précédente elle avait ressenti des douleurs assez violentes dans le ventre.

A l'examen, on est frappé par la pâleur de la face et par la décoloration des muqueuses; toutefois le pouls ne présente pas une accélération notable. La température est normale. La femme n'a pas perdu de sang par les organes génitaux externes.

L'utérus paraît plus développé que pour l'âge de la grossesse (37 centimètres 1/2), il est dur, uniformément tendu et au palper on ne peut délimiter aucune partie fœtale. Les bruits du cœur sont perçus. Présence d'albumine dans les urines. Au toucher, le col est long et fermé, on sent une partie fœtale très élevée. Les membranes paraissent intactes. On pense à un hématome rétro-placentaire ou à un

hydramnios à marche aiguë. La femme, au bout de quelques heures, paraît avoir un état général meilleur, elle souffre moins, le pouls est bon.

Brusquement, cinq heures après son arrivée dans le service, la malade perd un flot de sang par les organes génitaux externes. En même temps le pouls s'accélère, la pâleur de la face s'accroît, on décide d'intervenir. Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Après dilatation du col aux bougies d'Hégar on rompt les membranes (écoulement de liquide teinté de sang) et on pose un ballon.

Les douleurs se répètent, mais la femme continue à perdre du sang et deux heures plus tard, l'état général étant tout à fait alarmant on se décide à terminer l'accouchement.

Le ballon est expulsé, la tête appuyée bien maintenant sur l'orifice qui est dilaté comme un franc. On fait à droite et à gauche une incision du col remontant jusqu'à l'insertion vaginale et on termine par une basiotripsie.

Délivrance artificielle. Vérification de la paroi utérine qui semble amincie au niveau de la corne gauche. Le segment inférieur paraît intact. Gros foyer d'hémorragie rétro-placentaire sur le placenta, foyer récent, le tissu placentaire est à peine affaissé.

Sutures du col au catgut.

Le lendemain l'état général de la femme est mauvais.

Pouls très rapide. Température 38°5. Abdomen ballonné. La femme se plaint de souffrir dans le bas-ventre.

L'état général de la malade continuant à s'aggraver, des phénomènes de réaction péritonéale apparaissant, on pense à une rupture utérine et on se décide à intervenir, et on pratique une hystérectomie supra vaginale. L'abdomen renferme du liquide et du sang. Le segment inférieur est déchiré sur sa face antérieure. Drainage abdominal et vaginal.

La malade meurt le lendemain.

A l'autopsie, on constate qu'il existe des lésions hépatiques très marquées (foie éclamptique). Les reins sont normaux. Le cœur un peu gros.

Altérations considérables du muscle utérin.

Macroscopiquement, on voit l'infiltration hémorragique du muscle ; microscopiquement, on voit des foyers d'infiltration hémorragique entre les fibres musculaires. Certaines fibres musculaires sont disséquées par l'hémorragie.

D'autres fibres ont déjà subi une dégénérescence presque complète, elles sont interrompues de place en place et on aperçoit leurs noyaux en quelque sorte œdématiés.

Les parois vasculaires sont très fortement altérées et on voit des vaisseaux ouverts en plusieurs points de la préparation.

OBSERVATION IV

(Cleisz, *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1921.)

Syndrome hémorragique (apoplexie utéro-placentaire et hématomèses) au cours de la gestation. — Opération césarienne et hystérectomie. — Mort.

Femme de 29 ans, en état de gestation pour la cinquième fois, entre à la clinique Baudelocque, le 6 mars 1921.

Pas d'antécédents pathologiques. Antécédents physiologiques normaux ; réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans d'une façon un peu irrégulière, perdant en moyenne huit jours.

Sa première gestation, la femme avait 21 ans, s'est terminée par un accouchement prématuré au septième mois ; enfant ne vivant, mort le troisième jour. L'année suivante la femme a une deuxième gestation qui se termine par un accouchement prématuré au huitième mois, à Baudelocque ; diagnostic fait à ce moment d'endométrite hémorragique. Enfant actuellement vivant. La troisième gestation, trois ans plus tard, se termine par la naissance au cours du neuvième mois d'un enfant vivant. La quatrième gestation s'est terminée également par un accouchement au cours du neuvième mois, enfant vivant.

Au cours de ces trois derniers accouchements faits à Bau-

delocque il n'a pas été constaté d'albuminurie pendant le travail.

Au cours de la gestation actuelle, la femme est venue à deux reprises à la consultation de Baudelocque, au cours du cinquième et au cours du huitième mois et on n'a pas constaté d'albumine dans les urines.

Le 6 mars 1921 à 5 h. 30 la femme dont les dernières règles dataient du début de juin (elle ne donnait pas d'autres précisions) et qui d'après sa hauteur utérine qui était de 31 centimètres pouvait être au cours de son neuvième mois de gestation, se présente à la clinique.

Elle se plaint de douleurs lombaires et abdominales qui avaient débuté vers 2 heures du matin le même jour, douleurs qui l'avaient réveillée brusquement et s'accompagnèrent de vomissements et de selles diarrhéiques sur la qualité desquels elle ne donne pas de renseignements.

Les jours précédents et la veille elle paraissait bien portante, mais elle aurait eu à deux reprises des épistaxis.

Hauteur utérine : 31 centimètres, utérus uniformément tendu, contenant un fœtus disposé longitudinalement avec tête au détroit supérieur. Bruits du cœur non perçus. Au toucher, excavation vide, col long. Température 37 degrés, pouls régulier à 96. La femme n'ayant pas pu uriner, les urines ne sont pas examinées à ce moment.

Quelques instants après, la femme que la pâleur un peu inquiétante de son facies avait fait garder en observation à la salle de travail, éprouve un malaise, des nausées avec sensation de gêne épigastrique, et elle vomit au milieu d'efforts pénibles et à trois reprises un liquide noirâtre marc de café, 3 à 400 grammes environ, ayant absolument les caractères d'une hématomèse (les réactions chimiques n'ont pas été faites).

Cependant le pouls se maintient à 96 et la tension artérielle et à 14/15 maxima, 8 minima au Pachon.

La femme se plaint de douleurs abdominales et lombaires qui vont en augmentant.

Quatre heures après son entrée, alors que ces douleurs

sont extrêmement intenses, on note un écoulement de sang d'ailleurs peut abondant par la vulve.

A 11 heures, je touche la femme et trouve un col déhiscent, non effacé, un segment inférieur extrêmement tendu. La paroi utérine est très tendue. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Un cathétérisme vésical ramène une petite quantité d'urines acajou fortement albumineuses (un tube d'Esbach fait à ce moment a montré vingt-quatre heures après qu'il y avait 2 grammes d'albumine). Le pouls est à 112, petit mais régulier. La tension artérielle est à 12 maxima, 8 minima.

Une prise de sang faite à ce moment, et examinée par M. Laudat a montré que la cholestérine était au taux de 2 gr. 40 p. 1 000 et l'azotémie au taux de 0 gr. 52 p. 1.000 de sérum.

La femme continue à vomir par intervalles assez rapprochés du sang noirâtre.

M. Couvelaire examine la femme, et trouve un utérus remontant au voisinage de l'appendice xyphoïde. Utérus tendu comme en cas d'hydramnios, mais sans dureté ligneuse. Le col est déhiscent, le segment inférieur tendu comme le reste de l'utérus. M. Couvelaire décide l'évacuation immédiate de l'utérus et comme le col n'est pas effacé choisit la voie abdominale.

La femme est transportée à la salle d'opération et anesthésiée à l'éther ; elle a eu au début de l'anesthésie des rejets de sang dans le masque. Au cours de l'anesthésie, syncope respiratoire avec apnée d'une minute environ et dilatation pupillaire.

Laparotomie sus et sous-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine on note un léger épanchement sanguinolent intrapéritonéal.

Extériorisation de l'utérus qui présente sur la face antérieure, en bas et à gauche une *région ecchymotique* sur une étendue d'une bonne paume de main ; il existe de même une autre région de *suffusion sanguine* dans la partie basse et droite de la face postérieure.

A l'ouverture de l'utérus issue d'un jet de liquide sanglant et de caillots sous forte pression ; liquide et caillots sont

projetés au loin, l'incision n'ayant pas porté, il faut le remarquer sur la région de l'insertion placentaire.

Extraction d'un fœtus né mort et pesant 1.700 grammes. Le placenta est trouvé totalement décollé et retenu dans la cavité utérine par des membranes partiellement adhérentes dans la partie basse de l'utérus. Le placenta était macroscopiquement normal. Poids 370 grammes. Il ne présentait aucun foyer hémorragique.

Immédiatement hystérectomie subtotala rapidement conduite, surjet péritonéal, réfection de la paroi en trois plans.

La femme est recouchée dans son lit dans un état extrêmement précaire avec pouls à peu près incomptable, extrêmement faible. Vingt minutes après, alors qu'une injection de sérum était en train et qu'une injection d'huile camphrée venait d'être faite, la femme est morte.

L'autopsie de la femme et de l'enfant n'ont pu être pratiquées (opposition de la famille).

Il s'agit donc d'une femme qui, au cours d'une santé en apparence normale, a été prise brusquement d'un syndrome hémorragique (hématome utérin décollant le placenta, infiltration sanguine du muscle utérin, épistaxis, hématomèse), accompagné d'un très légère hyperazotémie, d'hypercholestérinémie, d'oligurie, d'albuminurie et d'un état de shock accentué au cours duquel il n'y avait pas d'hypertension artérielle.

Les lésions utérines correspondaient au type décrit en 1911 par M. Couvelaire sous le nom d'apoplexie utéro-placentaire.

L'évacuation chirurgicale rapide de l'utérus n'a pas empêché la femme de mourir, non pas semble-t-il du fait de l'hémorragie qui fut peu importante, mais d'un état pathologique cataclysmique probablement déterminé par une insuffisance hépatique et rénale aiguë.

Ce nouveau fait démontre qu'en cas d'apoplexie utéro-placentaire le pronostic ne dépend pas seulement des lésions placentaires et utérines mais « de l'état pathologique au cours duquel est survenu l'accident hémorragique et des multiples altérations organiques qu'il a provoquées » (Couvelaire).

CONCLUSIONS

1° Au cours de l'hémorragie rétro-placentaire, le traitement chirurgical trouve son indication dans l'état du col, fermé ou rigide et dans la gravité de l'hémorragie, révélée par l'accélération du pouls et l'apparition de symptômes généraux d'intensité variable.

2° La césarienne vaginale nous semble devoir être réservée seulement aux cas où, la dilatation déjà avancée traînant en longueur, il est indiqué de hâter la fin de l'accouchement à cause de l'aggravation des symptômes généraux.

3° Dans tous les autres cas on aura recours à la voie haute.

Si l'utérus ne présente que des lésions sans gravité, se contracte bien, on se contentera de pratiquer la césarienne conservatrice chez les primipares à col fermé, à hémorragie récente, à infection peu probable.

4° On la fera suivre de l'hystérectomie chaque fois qu'on trouvera des lésions utérines graves ou qu'il y a lieu de redouter l'infection. C'est l'opération de choix qui convient aux multipares à col ouvert, à hémorragie prolongée ou chez lesquelles des manœuvres laborieuses du côté du vagin ont été pratiquées.

5° L'hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus sera réservée aux cas où il faut aller vite, où de l'arrêt immédiat de l'hémorragie dépend la vie de la femme et aux cas où la femme est déjà en état d'infection certaine.

Vu : le Président de la thèse,

BRINDEAU

Vu : Le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs se reporter aux thèses de Lévy (Paris, 1911) et Georghiu (Paris, 1914).

Adair (F.-L.). — Hæmorrhage associated with partial and complete detachment of the normally implanted placenta. Case reports (Ann. Gyn. et Obst., 1916-1917).

Ahlstrøm Erick. — Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden placenta (Ann. Gyn. et Obst., 1917-1917).

Apelskog Fahlborg (Mme). — Décollement du placenta normalement inséré (Allm. Svenska Lakartidn, 1911 in Arch. Obst., 1912).

Barchet. — Über die vorzeitige Lösung der normal sitzenden placenta (Beitrage zur Geb. u Gynæk. Bd XVII, Hft 2, p. 127).

Berggren. — Sur le traitement de l'hémorragie accidentelle (Séance de la Soc. d'Obst. de Lund in Arch. Obst., 1913).

Bona. — De la césarienne vaginale ; ses indications actuelles. Th. Montpellier, 1920.

Brouha. — Un cas d'apoplexie utéro-placentaire (Soc. belge de Gyn. et Obst. in Ann. Gyn. et Obst., 1920).

Buté. — Un cas d'hémorragie rétro-placentaire à marche insidieuse (Arch. Obst., 1914).

- Carlton Oldfield et Reginald Hair.* — Acute toxemia of pregnancy with acute nephritis and accidental hæmorrhage. Cæsarean hysterectomy. Recovery (Arch. Obst., 1917).
- Chambrelet.* — Hémorragie mixte par décollement du placenta. Mort quelques heures après l'accouchement (Arch. Obst., 1912).
- Gleisz.* — Syndrome hémorragique (apoplexie utéro-placentaire et hématémèses) au cours de la gestation. Opération césarienne et hystérectomie. Mort (Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn., 1921, p. 210).
- Couinaud.* — Hémorragie rétro-placentaire avec lésions du muscle utérin (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn., 1921, p. 212).
- Couvellaire.* — Opération de Porro pour hémorragie rétro-placentaire grave chez une femme primipare albuminurique et azotémique (Soc. Obst. de France in Ann. Gyn. et Obst., 1911).
- Deux nouvelles observations d'apoplexie utéro-placentaire (Ann. Gyn. et Obst., 1912).
 - Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré (Congrès international d'Obst. et Gyn. Berlin, 1912 in Ann. Gyn. et Obst., 1912).
- Elis Essen Moller, de Lund (Suède).* — Traitement de l'hémorragie accidentelle (XVII. Congrès international des Sciences médicales. Londres, 1913 in Ann. Gyn. et Obst., 1913).
- Fabre et Bonnet.* — Deux cas de décollement du placenta normalement inséré (Réunion obstétr. de Lyon in Ann. Gyn. et Obst., 1911).
- Etat histologique de la paroi utérine dans un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré (Soc. d'Obst. et Gyn. de Lyon, 1912).

- Fabre et Rhenter.* — Accouchement chez une malade ayant présenté antérieurement un décollement prématuré du placenta (Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn., 1920, p. 210).
- Fletcher Schaw.* — Cæsarean section and hysterectomy for accidental hæmorrhage (Arch. Obst., 1917).
- Garipuy.* — Hémorragie grave au cours du travail par décollement du placenta. Terminaison rapide de l'accouchement après incision profonde du col (Arch. Obst., 1913).
- Gheorghiu.* — Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires. Thèse de Paris, 1914.
- Harrar.* — Accidental hæmorrhage; 254 cases in 100.000 confinements at the New-York Lying in Hosp. (Ann. Gyn. et Obst., 1918-1919).
- Keiffer.* — Hémorragie rétro-placentaire au début du travail. Mort de l'enfant (Arch. Obst., 1914).
- Lequeux.* — Opération césarienne conservatrice pratiquée avec succès. Une observation Soc. Obst. Paris, 1910).
- Levy (Edmond).* — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires. Thèse de Paris, 1911.
- Mac Nair.* — Concealed accidental hæmorrhage with intraperitoneal bleeding (Arch. Obst., 1917).
- Morse (Arthur-H.).* — Premature separation of the normally implanted placenta (Surgery Gynecology and Obstetrics, 1918 in Ann. Gyn. et Obst., 1918-1919).
- Puech.* — Hémorragie rétro-placentaire silencieuse (Arch. Obst., 1914).
- Rhenter.* — Deux cas de décollement du placenta normalement inséré (Bulletin d'Obst. et Gyn., 1920, p. 210).
- Risser.* — La césarienne vaginale. Th. Lyon, 1910.
- Rivoal.* — Du décollement du placenta normalement inséré, d'après les observations recueillies à la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon depuis 1904. Th. Lyon, 1919-1920.

- Voron.* — Un cas de décollement du placenta normalement inséré d'origine traumatique (Arch. Obst., 1912).
- Whitridge Williams.* — Premature separation of the normally implanted placenta (Ann. de Gyn. et Obst. 1916-1917).
- Wing (Lucius).* — Premature separation of normally situated placenta due to shortening of the cord (Medical Record, 1916 in Ann. Gyn. et Obst., 1916-1917).

